ROK II.

WIADOMOŚCI LEKARSKIE.

CZASOPISMO MIESIĘCZNE

poświęcone wszystkim gałęziom wiedzy lekarskiej

REDAGOWANE I WYDAWANE

przez

Dra J. K. Wiktora

we Lwowie.

Zeszyt dziesiąty.

(Za kwiecień 1888 — wydany w kwietniu 1888).

SPIS RZECZY:

LWÓW.

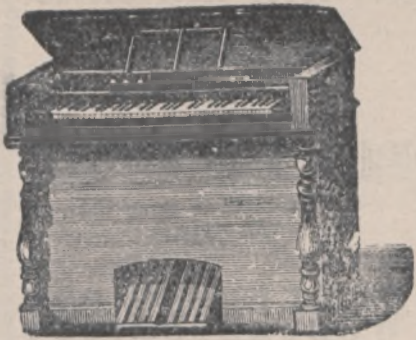
CZCIONKAMI DRUKARNI LUDOWEJ

pod zarządem Stanisława Baylego.

1888.

*

OGŁOSZENIA.



Rok II. Lwów w Kwietniu 1888. Nr. 10.

WIADOMOŚCI LEKARSKIE.

CZASOPISMO MIESIĘCZNE
poświęcone wszystkim gałęziom wiedzy lekarskiej.

Wychodzi raz na miesiąc w zeszytach objętości przeszło dwóch arkuszy.
Prenumerować można rocznie lub półrocznie.
Przedpłata wynosi wraz z przesyłką pocztową:
W państwie austryjackiem rocznie 3 złr. 40 ct.; półrocznie 1 złr. 75 ct.
W cesarstwie rosyjskiem rocznie 4 rs.; półrocznie 2 rs.
W cesarstwie niemieckiem rocznie 8 marek; półrocznie 4 marek.
We Francyi, Szwajcaryi, Włoszech, Serbii, Turcyi, Belgii etc. rocznie 12 fr.; półrocznie 6 fr.
Jeden zeszyt osobno kosztuje 50 ct.
Należytość najdogodniej przesyłać przekazem pocztowym.

Redakcyja i administracyja „Wiadomości lekarskich" we Lwowie przy ulicy Żółkiewskiej Nr. 8.
Wszystkie korespondencyje, reklamacyje, przesyłki etc. dotyczące redakcyi i administracyi uprasza się adresować do Dra J. K. Wiktora we Lwowie przy ulicy Żółkiewskiej Nr. 8.
Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.
Ogłoszenia przyjmuje wyłącznie redakcyja i administracyja za opłatą 12 ct. od miejsca 1 wiersza bardzo drobnym drukiem (nonpareille); dołączenia zaś za opłatą każdorazowo umówioną.
Listów nieopłaconych redakcyja i administr. nie przyjmuje.

REDAKTOR ODPOWIEDZIALNY I WYDAWCA Dr. J. K. WIKTOR.

ANTYPIRYN
JAKO ŚRODEK KOJĄCY BOLE PORODOWE,

podał
Dr. F. Sielski
lek. kier. oddziałem chorób kobiecych w „Lecznicy lwowskiej".

(Doniesienie tymczasowe).

Obecnie używają akuszerowie najrozmaitszych środków w celu uśmierzenia zbyt silnych bolów porodowych (chloroform, azotyn amylowy z chloroformem, chloroform z tlenem, chloral, tlenek dwuazotu i tlen, eter, morfin, makowiec, kokain i t. d.). Lecz widocznie nie są z tych wszystkich środków zadowolnieni, kiedy ciągle szukają jeszcze innych.

I istotnie wszystkie te środki są albo niedostatecznie działające, albo nie obojętne dla organizmu rodzącej i dziecka, jakoteż dla samego aktu porodu, lub też nakoniec wymagają wielkiego zachodu, uwagi i ostrożności ze strony lekarza.

Z tych też powodów nie mogłem się nigdy zdecydować na stosowanie któregokolwiek z powyżej przytoczonych środków przy porodach prawidłowych. Nie mniej przecież odczuwałem potrzebę takiego środka dosyć często.

Otóż w ostatnich czasach próbowałem w celu uśmierzenia bolów porodowych podawać rodzącym a n t y p i r y n, i z wielkiem zadowolnieniem przekonałem się, że takowy przewyższa pod wielu względami wszystkie dotychczas zalecane leki.

Antypirynu używałem przy czterech porodach (trzy czasowe, a jedno poronienie w czwartym miesiącu) i podawałem takowy po jednym gramie, a w razie potrzeby powtarzałem dawkę co kilka godzin. Skutek był każdą razą znakomity. Uczucie bolu ustawało prawie zupełnie już po kilku minutach, a mimo to stopień natężenia skurczów macicy wcale się nie zmniejszał. Tylko bole wstrząsające przy przerzynaniu się główki odczuwały jeszcze rodzące, lecz podług ich własnego twierdzenia bez porównania mniej, niż przy poprzednich porodach. W ogóle rodzące nie miały dość słów uwielbienia dla „cudownych proszków", jak je nazywały.

Nie chcę jeszcze twierdzić stanowczo, że antypiryn zdoła każdym razem ukoić bole porodowe tak zupełnie, jak w przypadkach, w których go podawałem, lecz przecież uważałem za stosowne podać to moje spostrzeżenie do wiadomości p. t. kolegów, zastrzegając sobie zarazem w przyszłości obszerniejsze i poparte większą liczbą spostrzeżeń sprawozdanie w tej sprawie.

O rozpoznaniu i leczeniu nieżytu zanikowego żołądka

podał

Dr. W. Jaworski

Docent uniwersytetu krakowskiego, lekarz zdrojowy w Karlsbadzie.

Przeważna część klinicystów uważała oddawna nieżyt żołądka jako chorobę polegającą na zmianach anatomicznych w błonie śluzowej, pociągających za sobą osłabienie chemizmu trawienia. Przypuszczano bowiem, że ma się do czynienia z niedostatecznem wydzielaniem kw. solnego i pepsyny. Z tego też powodu, za radą Leubego rozpoczęto na wielkie rozmiary stosować w terapii żołądka kw. solny i pepsynę. Ja również trzymałem się się od początku tego klinicznego pojęcia nieżytu. Aby jednak uwidocznić najważniejszy objaw kliniczny choroby tj. wydzielanie śluzu, nazywałem ją nieżytem śluzowym, dla odróżniania od bez porównania częściej napotykanego a z nadmiernem i trwałem wydzielaniem kw. solnego połączonego nieżytu kwaśnego. Podstawy anatomicznej nieżytu śluzowego, szukałem w narządzie gruczołowym błony śluzowej żołądka. Znane bowiem były w tym kierunku poszukiwania anatomiczne niektórych autorów. Edinger (Berl. klin. Woch. 1880 Nr. 9.) zauważył brak kw. solnego w zwyrodnieniu skrobiowatem naczyń błony śluzowej żołądka. Zaś Fenwik i niektórzy inni autorowie angielscy (Hirsch-Virchow. Jahresb. 1887 T. II.), następnie Quincke (Volkm. Samml. kl Vorträge Nr. 100) i Nothnagel (D. Arch. f. kl. Med. XXIV p. 353.) opisali zmiany w błonie śluzowej żołądka, które odpowiadają

zanikowi gruczołów trawieńcowych. Stosunek tych zmian anatomicznych do zboczeń czynnościowych począł się wyjaśniać, gdy Benno-Lewy (tak w „Beitr. z. Anat. u Phys v. Ziegler und Naunyn B. I. p. 201“ a później w „Berl. klin. Woch 1887 Nr. 4“) ogłosił trzy przypadki, a C. A. Ewald (Berl. klin. Woch 1886 Nr. 32) nie bardzo pewny, gdyż dopiero po 10 latach opisany jeden przypadek, w których za życia był brak kw. solnego podczas trawienia żołądkowego, a badanie pośmiertne wykazało zanik błony śluzowej żołądka. W tym też roku opisałem (Wien. med. Woch. 1886, Nr. 49—52) dwanaście przypadków, w których wykluczony był rak żołądka, a na szczycie trawienia nie było wcale kw. solnego, w dwóch zaś okazał się nadto brak pepsyny. Przypadki te zebrałem w obraz chorobowy pod nazwą nieżytu śluzowego, którego objawy w powyższej pracy w następujący sposób scharakteryzowałem. „Błona śluzowa żołądka utraciła całkowicie siłę wydzielniczą kwasu prawdopodobnie bezpowrotnie, a wytwarzanie pepsyny po większej części, i żadnym środkiem do wydzielania kwasu jej pobudzić nie można. Żołądek bywa wypełniony małą ilością cieczy, mocno śluzowej, białawej, mętnawej, która oddziaływa zwykle alkalicznie, a po zakwaszeniu kw. solnym mąci się, i słabo lub wcale nie trawi. Mechanizm trawienia może przedstawiać tylko małe zboczenie. Pomimo upośledzenia chemizmu trawienia bywają pacyjenci zwykle dobrze odżywieni, i nie zawsze niedokrewni. Pokarmy w dostatecznej ilości wprowadzone, zostają wskutek czynności samych jelit należycie przetrawione i zużytkowane. Czułość błony śluzowej bywa znacznie obniżoną, tak że chorzy nieuskarzają się prawie na żadne dolegliwości ze strony żołądka. Niektórzy chorzy pragną kwasów. Jądra komórek wypocinowych znikają w zupełności z treści żołądkowej. Błona śluzowa kruszy się i krwawi łatwo przy sondowaniu. Przypuszczalną zmianą anatomiczną jest zanik całkowity elementów wydzielających kwas, a częściowy wydzielających pepsynę. Stan ten ze stanowiska klinicznego nazwać można *secretio mucosa catarrhalis* albo *catarrhus mucosus*, a towarzyszy on przeważnej części przypadków raka żołądkowego.

Podobnie zapatrując się, opisał Pacanowski (Medycyna 1887, Nr. 7.) przypadek trwałego braku kw. solnego i pepsyny, odnosząc te objawy do zaniku błony śluzowej żołądka. Również i Grundzach (Gazeta Lek. maj. 1887., i Berl. klin. Woch. 1887, Nr. 30) opisał 5 przypadków z brakiem kw. solnego tego samego rodzaju, co i w moich 12, dla których poleca zamiast oznaczenia tego stanu chorobowego nieżytem śluzowym, użyć nazwy *catarrhus atrophicus*. W tym samym numerze Berl. klin. Woch. widząc się przez Grundzacha wyprzedzonym, ogłasza Ewald jeszcze ośm swoich przypadków. W końcu po-

*

dał Boas (Münch. med. Woch. 1887, Nr. 42) dwanaście przypadków, w których wydzielanie kw. solnego a częściowo i pepsyny było zniesione. Z tych podaje on u ośmiu istnienie *catarrhus mucosus*, a u czterech *catarrhus atrophicus*. Dla tego ostatniego zboczenia uważa on jako charakterystyczne objawy kliniczne następujące: *a*) Brak śluzu w żołądku czczym i w treści żołądkowej podczas trawienia. *b*) Brak wolnego kw. solnego. *c*) Brak pepsyny i fermentu ścinającego sernik. *d*) Z objawów podmiotowych zasługują na uwagę okresowo występujące bole w okolicy żołądka. Z tem zapatrywaniem Boasa można się w zupełności zgodzić, a mianowicie, że brak samego tylko kw. solnego w treści żołądkowej należy uważać jako cechę nieżytu śluzowego, zaś brak jeszcze i pepsyny i fermentu ścinającego sernik, jako oznakę nieżytu zanikowego. Ma to bowiem prognostyczną wartość w tym kierunku, że jeżeli niedostaje wszystkich trzech czynników potrzebnych do trawienia, należy przypuszczać, że wszystkie elementa wydzielnicze gruczołów uległy zanikowi, a stan chorobowy jest nieuleczalny. Przy braku tylko kw. solnego, a obecnosci pepsyny i fermentu scinającego sernik, należy przypuścic, że narząd gruczołowy jest jeszcze częściowo utrzymany, albo znajduje się w stanie znużenia, a powrót do stanu czynnego nie jest jeszcze wykluczony.

Zachodzi jednak przy dzisiejszym sposobie badania **trudność różniczkowania nieżytu zanikowego od nieżytu śluzowego**. Dlatego należy innych środków rozpoznawczych w tym celu używać, niż to się obecnie dzieje. O nieobecności pepsyny i fermentu ścinającego sernik nie można jeszcze wnioskować z braku tychże w treści żołądkowej. Przekonałem się bowiem na osobach żywych, że wydzielanie pepsyny stoi pod wpływem kw. solnego (Münch. med. Woch. 1887. Nr. 33). U osób bowiem, u których zwykłemi środkami badania nie można było otrzymać treści trawiącej białko, po zakwaszeniu kw. solnym udawało się to zawsze, jeżeli wprowadzono wprzód do żołądka pewną ilość rozcieńczonego kw. solnego. To też od czasu, gdy używam kw. solnego do poszukiwania pepsyny w żołądku, nie trafiło mi się napotkać żołądka bez tego fermentu.

Badanie na pepsynę uskuteczniam w przypadkach, w których siła trawiąca treści żołądkowej jest wątpliwą, w ten sposób, że do żołądka czczego, wolnego od pokarmów, nalewam 200 ccm. $^1|_{20}$ normalnego HCl. Po dwóch kwadransach wyciągam płyn ze żołądka, dopełniam przesącz dodatkiem kw. solnego rozcieńczonego aptecznego do kwasoty $^1/_{20}$ normalnego HCl. i rozcieńczam go $^1|_{20}$ normalnym HCl. w kilkunastu próbach tak długo, aż dopóki przestaje kawałeczki białka o ciężarze $1^1/_2$ cg. w przeciągu 24 godzin trawić. Im więcej należało

treść żołądkową rozcieńczyć, aby przestała być trawiącą, tem większa ilość pepsyny została wyługowana ze żołądka.

Ponieważ nietylko pepsyna, ale według Schumberga (Virch. Arch. B. 97 p. 260) i ferment scinający sernik daje się ze żołądka martwego w największej ilości kw. solnym wyługować, co zapewne i dla żołądka żywego będzie miało ważność, to łatwo pojąć, że większa część dotąd pod nazwą *cat. atrophicus* opisanych przypadków, badana zapomocą kw. solnego, wykazałaby zapewne obecność pepsyny i fermentu trawiącego sernik i z tego powodu uchodziłaby jako *catarrhus mucosus*, który sam dla siebie jest rzadką zmianą chorobową, lecz o wiele częstszą, jak nieżyt zanikowy. Trzeba będzie przeto na przyszłość zawsze, chcąc rozróżnić nieżyt śluzowy od zanikowego, błonę śluzową żołądka kw. solnym ługować, aby z niej utajoną pepsynę i ferment ścinający białko wydzielić.

Rokowanie co do nieżytu śluzowego ze względu na żołądek, musi być uważane jako złe, choroba jednak na razie życiu nie zagraża, gdyż czynność trawienia żołądka obejmuje jelito, jeżeli tylko mechanizm żołądka prawidłowo się utrzymuje Należy jednak obawiać się, że zanik błony śluzowej żołądka przechodzić będzie na jelita, albo że sprzyjać będzie powstawaniu raka żołądka. Przeważna bowiem część znanych przypadków zaniku błony śluzowej żołądka, zdarzała się przy istnieniu raka żołądka.

Leczenie może być tu tylko symptomatyczne, podobne jak przy nieżycie śluzowym żołądka. Zauważałem, że najlepiej tego rodzaju chorym służy używanie pokarmów i napojów kwaskowatych, nieprzechodzących jednak łatwo we fermentacyję, a z leków kw. solny, i to w rozczynie wodnym przesyconym kw. węglowym, jak to z polecenia „Towarzystwa Lekarskiego“ w Krakowie wyrabia fabryka Rzący i Chmurskiego, pod nazwą „W o d a k w a ś n a b u r z ą c a“ słabsza i mocniejsza.

Sposób ogrzewania i sztucznego karmienia

zastosowany przez prof. Tarnier'a do wychowywania dzieci przedwcześnie urodzonych

podał

GUSTAW JASIŃSKI

Extern szpitali paryskich i Monitor na klinice położniczej.

Słaby rozwój dzieci przedwcześnie urodzonych stawia je w warunkach nieprawidłowych w obec nowego życia, w jakie wchodzą. Do dalszego rozwoju potrzebują one koniecznie dwóch warunków [1]), stałej

[1]) Journal de Medecine de Bordeaux, Grudzień 1857.

i wyższej ciepłoty, jak ta, którą ma otaczające je powietrze, i odpowiedniego pożywienia.

Oddawna szukano już sposobu zadosyć uczynienia tym dwom warunkom, a ślady tych starań napotykamy w pismach lekarskich z tych czasów.

I tak prof. Denneé z Bordeaux [2]) ogłosił w r. 1857 opis przyrządu, jaki kazał zrobić do wychowania dziecka urodzonego w 6-tym miesiącu. Była to kołyska metalowa, o podwójnych ścianach, między które wlewano gorącą wodę celem utrzymania wyższej ciepłoty naokoło dziecka.

Podobny przyrząd zastosowują w Lipsku u Kredé'go od lat przeszło 20-tu, a w podróży swej Budin, docent uniwersytetu paryskiego, znalazł podobny przyrząd w domu przytułku dla dzieci w Moskwie, gdzie nie umiano mu podać źródła, zkąd pochodzi pomysł owego przyrządu.

Co do żywienia tych dzieci, które, jeśli zrodziły się w 6-tym lub 7-mym miesiącu, nie mogą jeszcze ssać, znajdujemy opis podany przez Dr. Marchant'a [3]), który w r. 1851 zastosował sztuczne karmienie za pomocą zgłębnika u dziecka przedwcześnie urodzonego. Podobne opisy z czasów już późniejszych znajdują się w pismach lekarskich francuskich i włoskich.

Były to jednak tylko próby a raczej wysiłki zastosowane do pojedynczych przypadków i dopiero prof. Tarnier w Paryżu, w r. 1877, zajął się metodycznie tą sprawą. Przyrząd Denneé'go i Krede'go jest oczywiście nie wystarczający. Utrzymanie jednostajnej ciepłoty jest trudnem, a do tego dziecko oddycha powietrzem za zimnem dla niego. By temu zapobiedz Tarnier zbudował przyrząd zupełnie podobny do przyrządu, jakiego się używa do wylęgania jaj, i nazwał go *Couveuse*, a który w braku innego wyrazu nazwę tu ogrzewalnią.

Pierwsza ogrzewalnia została umieszczoną w domu położniczym „Maternité“ w Paryżu, którym kieruje prof. Tarnier. Czas od r. 1877 do 1880 był poświęcony na próby i badania. Przyrząd ten funkcyjonuje jednak już stale od r. 1881 i rozpowszechnił się dosyć szybko, tak że dziś nie ma oddziału położniczego w którymkolwiek ze szpitali, gdzieby go nie używano.

Przyrząd pierwotny jest dużą skrzynią drewnianą, przedzieloną na dwie części za pomocą przegrody poziomej. — W dolnej części jest zbiornik na wodę, w górnej zaś leży dziecko. Powietrze wchodzi z zewnątrz otworami do dolnej części, ogrzewa się przy zbiorniku,

---

[2]) Krede-Arch. für Gyn.: Bd. XXIV. p. 128—1884.
[3]) Dr. Marchant-Gazette médicale de Paris. 1851.

którego wodę wciąż ogrzewa termo-syfon, poczem podnosi się i wchodzi otworami umieszczonemi w przegrodzie do górnej połowy, zkąd uchodzi otworami w pokrywie. Wielkie rozmiary tego przyrządu, nie pozwalające na łatwo przenoszenie go lub prędkie zestawienie — co jest koniecznem do użycia go po za szpitalem — jak również wielkie starania. jakich potrzeba celem dopilnowania przyrządu, skłoniły Tarnier'a do zbudowania przyrządu mniejszego, łatwiejszego do zestawienia i do ogrzania. Nowa ogrzewalnia, której wyłącznie dziś się używa. została skonstruowaną w r. 1883 i jest dotąd w zastosowaniu.

Nowa ogrzewalnia jest to skrzynka drewniana 65 centymetrów długa, 36 ctm. szeroka i 50 ctm. wysoka. — Ściany mają 25 milimetrów grubości. W odległości 17 ctm. od dna (fig. 2) znajduje się przegroda (PP.), która jednym końcem nie dochodzi do ściany skrzyni, od której dzieli ją przestrzeń 10 ctm. Wierzch jest w części ruchomy i część tę stanowi rama, w którą wstawiona jest szyba (fig. 1—2 S S). Na jednej z bocznych ścian a mianowicie od strony, gdzie przegroda pozioma dochodzi zupełnie. są dwa otwory — jeden na dole (fig. 1 i 2 B), którym wchodzi powietrze; drugi u góry (fig. 1 i 2 A) okrągły o średnicy $4^1/_2$ ctm., którym wychodzi powietrze. Naturalnie, że rozmiary skrzyni można dowolnie zmieniać, — rozmiar jednak $4^1/_2$ ctm. dla otworu A. jest koniecznym dla objętości skrzyni opisanej, — a to dla zapewnienia dobrej wentylacyi.

Przed otworem B. jest zasuwka, która jednak nie może otworu zupełnie zamknąć, i w ten sposób przez nieuwagę służby nie można pozbawić dziecka przypływu powietrza. Do otworu A. wsuwa się zazwyczaj rurkę zgiętą, jak to widać na fig. 2; rurka ta zwykle tworzy rodzaj kominka.

Do ogrzewania służą naczynia cynowe albo gliniane, (fig. 2 NN.), które można szczelnie zamknąć po napełnieniu ich gorącą wodą. Umieszcza się je pod przegrodą po odsunięciu ruchomej zasuwy Z (fig. 1.).

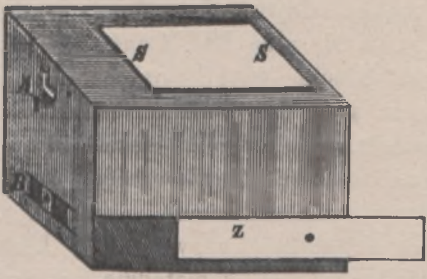


Fig. I.

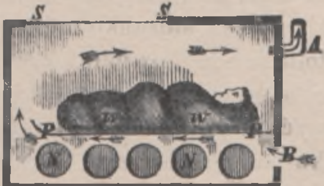


Fig. II.

Funkcyjonowanie ogrzewalni jest bardzo proste. Przed umieszczeniem dziecka ogrzewa się ją do żądanej temperatury, (którą wskazuje

termometr umieszczony wewnątrz skrzynki), wkładając pewną ilość (np. 5—6) naczyń z gorącą wodą, poczem podniosłszy szybę, umieszcza się dziecko owinięte watą na przegrodze tak, aby główką było ku otworowi A. zwrócone. Powietrze wchodzi otworem B., ogrzewa się, przechodzi do górnego przedziału opływa naokoło dziecka i uchodzi otworem A. Dodać trzeba jeszcze, że wewnątrz skrzynki umieszcza się małe naczynie z wodą — celem utrzymania wilgoci powietrza.

Temperatura, jaką się utrzymuje w ogrzewalni, zależy od stopnia rozwoju dziecka i różni się od 27° C. do 30° C., albo nawet i do 32°C. Ciepłota powinna być w ogóle tem wyższą, im dziecko jest słabsze. Utrzymuje się ona zwykle długo na jednym stopniu wysokości, gdy zaś opadnie o 2 lub 3 stopnie, wystarczy zazwyczaj zmiana jednego z naczyń z gorącą wodą, aby się temperatura nazad podniosła, co uskutecznia się zaledwie co kilka godzin.

Dziecko umieszczone w ogrzewalni leży spokojnie i spi przez cały czas. Do karmienia wyjmuje się je owinięte watą, w której leży (WW. fig. 2.). Doświadczenie wykazało, że nie szkodzi mu to nic, pod warunkiem jednakże, żeby temperatura pokoju nie była za niską, żeby np. nie była niższą jak 18° C.

Czas, przez jaki trwa to sztuczne wygrzewanie, zależy także od stopnia rozwoju dziecka; jeden tydzień lub dwa, niekiedy kilkinaście dni wystarcza zwykle, — czasem jednakże przedłużano wygrzewanie aż do 40 dni.

Często określić można termin, w którym dziecko wyjąć trzeba z ogrzewalni, obserwując mianowicie, jak się ono zachowuje. Póki jest słabe, leży zwykle spokojnie i spi, jak to już wyżej nadmieniliśmy; kiedy jednak nabierze sił i rozwinie się już nieco więcej, nie leży już tak spokojnie, krzyczy i uspokaja się dopiero, kiedy się je ze skrzynki wyjmie. Jest to wskazówka, której zawsze trzymać się trzeba. Czasem znów, mimo, że dziecko dobrze się karmi, nie powiększa się, waga jego nie wzrasta i wpada w rodzaj odrętwienia. Wtedy wystarczy obniżyć temperaturę z 30°C. n. p. na 27° albo 28°, i znów dziecko zaczyna się rozwijać. Gdy się ma dziecko wyjąć ostatecznie z ogrzewalni, trzeba stosunkowo i przez parę dni obniżać jej temperaturę, aż dojdzie do temperatury pokoju. Po wyjęciu jeszcze winno być dziecko przez jakiś czas owijane we watę Zbudowaniem ogrzewalni zadosyć uczynił prof. Tarnier jednemu z warunków, o których na początku wspomnieliśmy. Drugim nie mniej ważnym, jest karmienie tych dzieci. Tutaj zachodzi wielka różnica w metodzie, nie tylko co do wieku dziecka, ale i co do stopnia jego rozwoju. Są bowiem dzieci zrodzone w końcu 7-go miesiąca, które są więcej rozwinięte i ważą czasem o 200 i 300 grm. więcej, jak dzieci zrodzone w 8ym miesiącu.

W pierwszym rzędzie trzeba postawić dzieci dosyć rozwinięte, które mogą ssać. W takim razie najlepszym pokarmem jest pokarm matki lub dobrej mamki, w braku zaś tego używa się mleka oślicy, które podaje się dzieciom surowe, rozcieńczone na pół z wodą, z dodatkiem 3 grm. cukru na 100 grm. pokarmu. Jeżeli zaś nie ma się pod ręką mleka oślicy, trzeba wziąść mleko krowie (w stosunku 1 części mleka na 3 części wody); mleko krowie powinno być wprzódy przegotowane w naczyniu szczelnie zamkniętem.

Do drugiej kategoryi należą dzieci, które nie mogą ssać, ale łatwo połykają pokarm wlewany do ust. W tych razach używa się także pokarmu matki, lub w braku tego mleka oślicy lub krowy, lecz w takim przypadku, tak tu jak i w pierwszej kategoryi, wychowanie dziecka jest o wiele trudniejszem.

Najtrudniejszem jest jednak żywienie dzieci urodzonych w 6tym miesiącu albo w samym początku 7-go, jeżeli waga dzieci nie przenosi 1,500 grm.; dzieci takie zazwyczaj [4]), albo ssać nie umieją, albo też umieją ssać ale nie potrafią połknąć pokarmu.

W tych przypadkach trzeba dzieci sztucznie karmić, do czego używa się zwyczajnego zgłębnika przełykowego (Oesophagus Sonde) z miękkiego kauczuku, kaliber Nr. 16 Charrier'a ($5^1/_3$ millim), który to zgłębnik przez usta i przełyk wsuwa się do żołądka dziecka, a mleko (w tym przypadku wyjątkowo tylko pokarm kobiecy) wlewa się do lejka umieszczonego na wolnym końcu zgłębnika. Wprowadzanie zgłębnika jest bardzo łatwe; zgłębnik zwilżony wsuwa się wgłąb ust, a gdy dojdzie przez gardziel do przełyku, popycha się go lekko, (gdyż dziecko ruchami spowodowanemi obecnością zgłębnika samo prawie zgłębnik połyka), aż wejdzie na 15 cent. od szczęki. Przy wyjmowaniu zgłębnika trzeba postępować bardzo szybko gdyż w razie przeciwnym mleko wraca za zgłębnikiem.

Żywienie za pomocą zgłębnika wymaga nadzwyczajnych starań. Dziecko musi być karmione co 2 godziny, w dzień i w nocy. Naraz wlewa się 8 do 10 grm. mleka. — Później (po kilku dniach n. p.) karmi się je co 2 godziny w dzień a tylko 3 lub 4 razy na noc.

Gdy tylko codzienne ważenie dziecka pokaże, że waga jego zwiększa się, trzeba próbować wlewać mu mleko w usta, a gdy zaczyna dobrze łykać, żywi się je naprzemian zgłębnikiem i łyżką. Po jakimś przeciągu czasu trzeba przykładać dziecko do piersi i wlewać mu wprost z piersi do ust mleko, aby je nauczyć ssać.

---

[4]) Mówię „zazwyczaj“, gdyż obserwowałem w ostatnich czasach na klinice dziecko, które chociaż urodzone w 6-tym miesiącu, ważyło nieco więcej jak 1.200 grm. a mimo to doskonale ssało pokarm z piersi matki.

W ten sposób po pewnym czasie dochodzi się do tego, że dziecko samo dobrze ssie. Karmienie to musi być starannie śledzone ważeniem przed i po nakarmieniu dziecka, gdyż to jest jedyny sposób skontrolowania, ile dziecko przyjęło pokarmu, i czy się rozwija

Jeżeli dziecko podczas ssania samo nie przyjmuje dostatecznej ilości mleka i nie rozwija się dostatecznie, wtedy pomaga mu się podług wyrażenia prof. Tarnier'a sztucznem karmieniem dodatkowem, jeden raz lub 2 razy na dzień, przez jakiś czas niedługi. Taki jest dzisiejszy stan metody. Nie jest on jednak ostatecznym. Badania nad stanem rozwoju żołądka i fizyjologiją trawienia u dzieci przedwcześnie urodzonych doprowadzą zapewne do użycia pokarmu łatwiejszego do przyswajania przez ustrój dziecka

W każdym razie dotychczasowe wyniki są więcej jak zachęcające.

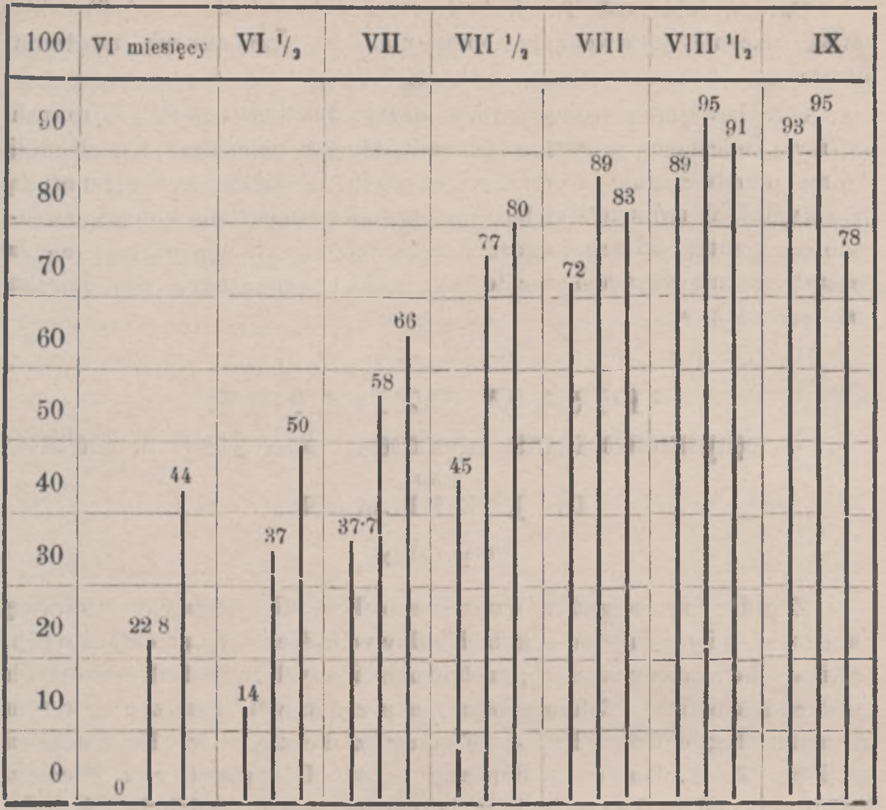
Na wykładzie w półroczu letnim 1886 r., prof. Tarnier podał wyniki, do jakich doszedł przy swoim sposobie postępowania w „Maternité“ w następującem tabelarycznem zestawieniu:

Waga dzieci	Ilość dzieci włożonych do ogrzewalni	Ilość dzieci, które przeżyły	Ilość dzieci zmarłych	Śmiertelność na 100
Od 1000—1500 grm.	40	12	28	70·0
— 1501—2000 „	131	96	35	26·7
— 2001—2500 „	112	101	11	9·8

Gdy się weźmie ogółem dzieci ważące mniej jak 2000 grm., to śmiertelność ich przed użyciem ogrzewalni była 60%. po użyciu zaś tejże spadła na 36·8%, czyli zmniejszyła się o 23·2%. Dodać trzeba, że prof. Tarnier umieszcza w ogrzewalni dzieci ważące wyżej 2000 grm. tylko wtedy, jeżeli wyglądają bardzo słabo. albo nie dobrze się rozwijają leżąc w kołysce.

Wyniki pielęgnowania w ogrzewalni wzięte nie pod względem śmiertelności, ale pod względem przeżycia i rozłożone na wiek dzieci, podane są w tablicy poniżej zestawionej.

Cyfry po lewej ręce oznaczają procent na sto. W każdej kolumnie pierwsza linija oznacza przeciąg czasu przed użyciem ogrzewalni i sztucznego karmienia; druga okres od r. 1878-1880, gdy ogrzewalnia nie była regularnie zastosowywaną; trzecia okres od r. 1882—1885, gdy ogrzewalnia i sztuczne karmienie zostały regularnie zastosowane.



Pierwsze cztery kolumny, dotyczące dzieci mających zaledwo 6—6½—7—7½ miesięcy, dla których szczególnie ogrzewalnia została zastosowaną, pokazują, jakie można osiągnąć rezultaty przy tem wyrozumowanem postępowaniu. Ostatnie trzy kolumny, a szczególniej ostatnia, dotycząca dzieci urodzonych w IXtym miesiącu, mogłaby nie być nawet umieszczoną, gdyż dotyczy dzieci, które i same mogą się rozwijać ale jakeśmy wyżej już nadmienili, obejmuje ona tylko takie dzieci, które były bardzo słabe, a pomimo tego procent przeżycia jest bardzo znaczny.

Wyniki otrzymane przy zastosowaniu ogrzewalni skłoniły prof. Tarnier'a do użycia jej także dla dzieci urodzonych zupełnie prawidłowo, które jednak zapadną na zdrowiu. Zaznaczę tu tylko rezultat, jaki otrzymano przy tem postępowaniu.

Przed użyciem ogrzewalni od r. 1877 do 1880 zmarło 181 dzieci w „Maternité“, od roku zaś 1882 do 1885 tylko 9 dzieci.

Ogrzewalnia prof. Tarnier'a i sztuczne karmienie zmodyfikowały także znacznie interwencyję operacyjną w przypadkach zwężenia miednicy.

Gdy bowiem z jednej strony ocala się 66% dzieci urodzonych w 7mym miesiącu, a 80% w połowie ósmego miesiąca, a z drugiej strony przedwcześnie sprowadzony poród, z dzisiejszą antyseptyką daje wyniki jak najpomyślniejsze (bo 0% śmiertelności dla kobiet), zwrócono się i tutaj do tego sposobu interwencyi, tak, że obecnie cięcia cesarskiego nie używa się wcale jako środka ostatecznego, gdy dziecko jest jeszcze żywe.

SPRAWOZDANIE

z VI. międzynarodowego kongresu higijenicznego i demograficznego we Wiedniu

podał

Dr. J. SZPILMAN.

(Ciąg dalszy)

Z kolei na porządku dziennym sekcyi II. postawiono sprawę „o nauce higijeny w szkołach ludowych, średnich, przemysłowych, seminaryjach nauczycielskich, duchownych i innych zakładach naukowych męskich i żeńskich". Referaty odnośne przedstawili znani z prac w tym kierunku higijeniści: Dr. J. Fodor z Pesztu, Dr. H. Kuborn z Liége, Dr. A. Layet z Bordeaux i Dr. M. Gauster z Wiednia. Rozprawy nad tą kwestyją były bardzo ożywione, podobnie jak i debaty nad sprawą nadzoru lekarskiego, i cieszyły się wielkim współudziałem członków zjazdu. Zapaleni higijeniści — zwłaszcza z krajów, w których stosunki higijeniczne wiele jeszcze pozostawiają do życzenia a szkolnictwo znajduje się dopiero w zaraniu rozwoju, stawiali zbyt wygórowane żądania co do nauki zdrowotności w wyżej wspomnianych zakładach naukowych, proponując wykładanie tego przedmiotu w ramach za obszernych i do pojęć uczniów niezastosowanych. Zwolennicy tak radykalnych reform widocznie zapomnieli, że przy wydziałach lekarskich dopiero obecnie ustanawiają katedry higijeny i zakładają instytuty higijeniczne, dające uczniom sposobność wykształcenia się praktycznego i zapoznania z wymogami higijeny, i że zaprowadzenie wykładów higijeny dla uczniów medycyny dało się tylko z trudnością przeprowadzić, a jeszcze jest wiele wszechnic, w których ta nauka nie ma wcale przedstawicieli albo też całkiem nieukwalifikowanych, że więc pozyskanie odpowiednich sił nauczycielskich dla wykładów higijeny w powyższych szkołach trudnem byłoby do przeprowadzenia — a obszerne traktowanie tego przedmiotu przyczyniłoby się tylko do pomnożenia

liczby godzin i do dalszego przeciążenia uczniów i tak już przeładowanych uczeniem się różnorakiego, a w znacznej części zbytecznego balastu, czego nikt nie mógł zaprzeczyć, i dlatego w ożywionej dyskusyi wzięły górę umiarkowane elementa, poczem sformołowano następujące rezolucyje, które sekcyja uchwaliła:

a) Państwo starać się winno o wciąganie ludności do współudziału w sprawach publicznego zdrowia i o zapoznanie tejże z fundamentalnemi zasadami higijeny, ochrona bowiem zdrowia ludności i produkcyjność tejże, ważnego jest znaczenia dla ogólnego dobrobytu ludu.

b) Rzeczą więc jest państwa wprowadzić w szkołach ludowych dla obojga płci w toku innych wykładów praktyczne i przystępne wykłady o budowie i czynnościach ciała ludzkiego, o zasadniczych warunkach utrzymania zdrowia, i to w najniższych klasach za pomocą odpowiednich ustępów w czytankach, a później przez systematyczne, popularne i zwięzłe przedstawienie ważniejszych kwestyj z higijeny. Sposób wykładu powinien być zrozumiały i zmierzać ma do wyrobienia w uczniach samoistności w myśleniu i obserwacyi; ćwiczenia pamięciowe—same przez się—są wykluczone. To pouczanie w szkołach uzupełniających powinno być odpowiednio rozszerzone.

W szkołach żeńskich należy o ile możności szczegółowej traktować higijenę mieszkań, pielęgnowania ciała i higijenę żywienia.

c) W tym to celu należy zaprowadzić obowiązkowo w seminaryjach nauczycielskich męskich i żeńskich, naukę higijeny w ogóle a higijeny szkolnej w szczególności i poruczyć systemateczne i przystępne wykłady tegoż przedmiotu lekarzom. Kandydaci powinni składać egzamin z tego przedmiotu, przyczyniającego się wielce do ogólnego wykształcenia w zakresie biologii. W ogólności osoby chcące uzyskać świadectwo uzdolnienia do nauczania w szkołach publicznych lub prywatnych, mają się wykazać znajomością zasad higijeny.

Dla nauczycieli należy zaprowadzić kursa feryjalne z higijeny.

d) Pożądanem byłoby, ażeby wykłady z higijeny wprowadzone były w szkołach średnich przy wykładzie nauk przyrodniczych, skutkiem czego nie nastąpiłoby dalsze przeciążenie uczniów.

W wyższych szkołach żeńskich nauka ta jest bezwarunkowo konieczną.

e) W seminaryjach duchownych, jakoteż na fakultetach teologicznych powinny być również najważniejsze zasady higijeny krótko i zwięźle traktowane i dowód uczęszczania z korzyścią na te wykłady wymagany.

f) W szkołach przemysłowych ma być zwłaszcza higijena przemysłu nauczaną.

g) Rzeczą jest konieczną aby higijena ogólna, tak doświadczalna jak i zastosowana, była przedmiotem obowiązkowym, przy egzaminach uwzględnianym, i że w tym celu na wszystkich wydziałach lekarskich mają być utworzone i odpowiednio dotowane katedry higijeny.

h) Na politechnikach jest również koniecznem urządzenie wykładów higijeny ze szczególnem uwzględnieniem higijeny przemysłu i techniki higijenicznej, a dowód dostatecznej znajomości tego przedmiotu powinien być wymaganym przed ukończeniem studyjów.

i) Nadto należy urządzić kursa specyjalne z higijeny doświadczalnej i zastosowanej dla ukończonych lekarzy, którzy się zamierzają poświęcić publicznej służbie zdrowia.

Referat „o higijenie fabryk i odnośnem ustawodawstwie" przedłożyli Dr. F. Schuler, inspektor fabryk w kantonie Glarus (Szwajcaryja) i Fr. H. Whymper, nadinspektor fabryczny z Londynu. Na wniosek przewodniczącego Migerki, przystąpiono do szczegółowej dyskusyi nad następującymi wnioskami, postawionymi przez sprawozdawcę Dra. Schulera.

1) Plany fabryk należy badać nietylko w kierunku technicznym, ale i ze stanowiska higijenicznego. Ogólnych reguł co do przyjęcia takich planów nie można stawiać ze względu na rozmaitość stawianych wymagań, stósownie do rodzaju fabryk.

2) To samo tyczy się oświetlenia, ogrzewania i przewietrzania, np. wielkości okien, rozmiarów ubikacyj i t. d. W każdym specyjalnym przypadku odnośne urządzenia trzeba szczegółowo pod względem higijenicznym badać. Uzasadnienie orzeczenia oprzeć się winno na badaniu zapomocą aparatów chemiczno-fizykalnych, do których zaprowadzenia dążyć należy.

3) Osiągnięcie odpowiedniej ochrony robotników przed swoistemi niebezpieczeństwami, zagrażającemi ludziom w fabrykach zatrudnionym, wymaga tak wiele szczegółowych znajomości, że w wielu przypadkach cel ten może być osiągnięty tylko przy współdziałaniu różnych fachowców. Organizacyja nadzoru fabryk winna umożliwiać podobnego rodzaju współdziałanie. Pewne gałęzie tejże (np. nadzór nad kotłami parowymi) powinny być ludziom fachowym poruczane.

4) Poznanie rodzajów, częstości i przyczyn czynników na zdrowie robotników szkodliwie oddziałujących umożebnia zaprowadzenie obowiązkowego donoszenia i urzędowego badania obrażeń i pewnych specyficznych chorób zawodowych, a nadto wielkie w tym kierunku oddadzą usługi zapoznanie się ze środkami ochronnymi za pomocą odpowiednich wykładów, dalej demonstracyje, wystawy i zbiory środków ochronnych, jakoteż odpowiednie studyja i doświadczenia

5) W przypadkach, gdzie wielkim niebezpieczeństwom tylko zakazem pewnych rodzajów fabrykacyi (zakaz używania arszeniku, żółtego fosforu) można zapobiec, należy ustanowić pewne międzynarodowe przepisy.

6) Szkodliwe następstwa przemysłu fabrycznego uwidoczniają się przeważnie na dzieciach, jużto charakterystycznem zwyrodnieniem, osłabieniem poszczególnych narządów, jużto wstrzymaniem rozwoju cielesnego, skarłowaceniem i większą śmiertelnością, aniżeli przy innych zawodach. — Z powodu niemożności zupełnego wykluczenia dzieci od pracy w fabrykach, przed osiągnięciem zupełnego rozwoju fizycznego, dążyć przynajmniej należy do zbliżenia się do tego celu. Dzieciom zabronić należy pracy nocnej bazwarunkowo, a pracę dzienną ograniczyć do umiarkowanéj ilości godzin.

Przerwy w pracy dzieci są bardzo pożądane. Łączenie nauki szkolnéj z pracą w fabryce, jest tak ze stanowiska pedagogicznego, jak i z punktu widzenia przemysłowca, wątpliwej wartości.

7) Ograniczenie czasu pracy dla robotnic powinno być ogólnym postulatem a szczególniej żądać należy tak ze względów moralnych jak i higijenicznych wydania zakazu nocnej pracy dla robotnic. Kobietom zamężnym winny być dozwolone dłuższe przerwy w pracy na czas obiadu i na przyrządzenie tegoż.

Wykluczenie ciężarnych z fabryk jest pożądanem, ale ze względów praktycznych nie do przeprowadzenia; w okresie jednak połogowym tak w tychże interesie a jeszcze więcej ich dziecka, powinny być zwolnione przez kilka tygodni od pracy fabrycznej.

8) Zdrowie dorosłych mężczyzn cierpi często, raz z powodu nadmiernie długiej pracy i powtóre przez pracę nocną, wywierając szkodliwy wpływ na moralność i intelligencyję robotnika. Ze względu, że robotnik sam nie jest w stanie oprzeć się stawianym żądaniom, to powinno państwo dbać o utrzymanie dzielnej i czerstwej ludności, i zapobiegając temu wziąć go w obronę wydaniem odpowiednich ustaw.

W obecnych stosunkach przyjąćby należało jako maximum 10—11 godzin dziennej pracy.

9) Odpoczynek niedzielny jest dla wszystkich robotników bezwzględnie koniecznym, a da sie osiągnąć zupełnie, jeżeli kobietom w sobotę tyle czasu się zostawi, żeby niedzielę mogły swobodnie przepędzić, będąc wolnemi od różnych domowych zajęć.

10) Ograniczenie czasu pracy dla dorosłych dopuszcza pewne wyjątki, jednak tylko za wiedzą i kontrolą władzy.

W dyskusyi nad powyższemi tezami uchwalono, że dzieci do lat 14 nie powinny pracować wcale we fabrykach, w wieku zaś 14—18 lat będące, powinny ulegać prawom wyjątkowym w tej mierze. Co do

kobiet, to te w czasie połogu należy zaopatrywać w niezbędne w tym okresie środki materyjalne, których im właśnie z powodu braku pracy niedostaje i co ich właśnie zmusza do zbyt wczesnego podjęcia pracy.

W końcu Prof. Erisman domonstruje na diagramach, opartych na obserwacyjach, mierzeniach i ważeniach odnoszących się do 100.000 robotników, szkodliwy wpływ różnych zajęć fabrycznych na rozwój ciała. (C. d. n.)

Sprawozdania.

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Ebstein. **Istota cukrzycy (Diabetes mellitus)**.

E. w Goetyndze ogłosił drukiem nową teoryję cukrzycy, za pomocą której stara się rozumowo wyjaśnić naturę, objawy i leczenie tej choroby. Według rozumowania Ebsteina cukrzyca nie jest chorobą pojedynczego narządu, jak np. mózgu, wątroby, nerwów itp — ale jest ona chorobą całego ustroju, powstającą z jednej i tej samej przyczyny. Przyczyna ta leży w wadliwości wrodzonej ustroju, a jeżeli wadliwość ta jest wyższego stopnia, to ona może już sama przez się wywołać wszystkie objawy tej choroby przewlekłej, w przeciwnym razie potrzeba jeszcze innych bodźców, aby choroba powstała. Bodźcami takimi są po największej części uszkodzenia układu nerwowego czy to fizyczne czy psychiczne. Według Ebsteina człowiek nie może zapaść na cukrzycę, jeżeli z urodzenia nie odziedziczył skłonności do tej choroby.

Ta wadliwość organizmu polega na tem, że u chorego dotkniętego cukrzycą, mniej się tworzy w tkankach kwasu węglowego, niż w stanie prawidłowym, to jest, że człowiek chory na cukrzycę z powodu wadliwości organizmu (zarodzia) mniej wytwarza kwasu węglowego z tej samej ilości spożytych węglanów wodu, niż człowiek zdrowy. — Zmniejszenie kwasu węglowego w organizmie jest więc przyczyną cukrzycy, której głównym objawem jest cukromocz i szybszy rozpad istot białkowatych. Wszystkie inne objawy są następstwem tych zboczeń.

Aby wytłumaczyć, jakim sposobem zmniejszenie kwasu węglowego w organizmie wywołuje cukromocz i rozpad białka, musimy się zastanowić nad własnością kwasu węglowego, a w szczególności nad tem, jak działa kwas węglowy na węglany wodu, a mianowicie na skrobię, i jak działa na białko. Ebstein robił liczne doświadczenia nad działaniem kwasu węglowego na glikogen (skrobia zwierzęca) i na rozmaite zaczyny (fermenta) zwierzęce. Doświadczenia te okazały, że

kwas węglowy działa tamująco na fermenty (zaczyny) zwierzęce t. j., że rozczyn z glikogenu, fermentu i kwasu węglowego złożony prędzej przemienia się w cukier, jeżeli mniej zawiera w sobie kwasu węglowego; przeciwnie przemiana glikogenu w cukier daleko powolniej następuje, jeżeli dostateczna ilość kwasu węglowego w rozczynie się znajduje. Kwas węglowy chroni więc glikogen od szybkiej przemiany w cukier.

Na białko działa kwas węglowy jak w ogóle wszystkie kwasy ścinająco. Globulina przechodzi pod wpływem kwasu węglowego w stan stały i rozpuszcza się napowrót pod wpływem kwasorodu. Wiadomo, że we wszystkich tkankach organizmu żyjącego znajdują się fermenty, glikogen i kwas węglowy, jako produkta przemiany materyi. Jeżeli zaś wskutek stanu chorobliwego stosunek tych produktów do siebie się zmieni, jeżeli wskutek wadliwości organizmu wrodzonej wytwarzanie kwasu węglowego się zmniejszy, to w takim razie następuje szybsza przemiana glikogenu w cukier, który z powodu swojej własności łatwego przenikania przez błony zwierzęce — prędko nagromadza się w tkankach, sokach i we krwi, zkąd jako produkt nie zupełnie zużytkowany, wydziela się przez nerki z moczem, i powoduje cukromocz.

Cukrzyca jest dwojaka: lekka i ciężka. Obydwa te rodzaje cukrzycy są jedną i tą samą chorobą. Ciężka forma cukrzycy jest wyższym stopniem lekkiej. Przy lekkiej formie znika zupełnie cukier, jeżeli chory nie spożywa pokarmów cukrotwórczych; przy ciężkiej cukier albo całkiem nie znika, albo tylko się zmniejsza, chociaż stosujemy dyjetę mięsną. Zjawisko to daje się w następujący sposób wytłumaczyć. U chorego w pierwszym przypadku tworzy się wprawdzie mniejsza ilość kwasu węglowego, ale ta jest jeszcze dosyć dostateczna, aby małą ilość glikogenu, jaka przy dyjecie mięsnej się wytwarza, od szybkiej przemiany w cukier ochronić.

Przy ciężkiej formie cukrzycy tak mało tworzy się kwasu węglowego w tkankach, że on nie jest w stanie najmniejszej ilości glikogenu od szybkiej przemiany w cukier ochronić. — Uwzględniwszy jeszcze i tę okoliczność, że w ciężkich przypadkach cukier tworzy się także i z istot białkowatych, jak doświadczenia robione w tym kierunku wykazały, to dziwić nas nie będzie, jeżeli w cukrzycach ciężkich, pomimo dyjety ograniczającej się tylko na istotach białkowatych, cukier prawie nigdy nie znika, ale ciągle mniej lub więcej w moczu się pokazuje. — Przy obydwóch formach cukrzycy jest szybsze zużywanie białka. Szybsze zużywanie pociąga za sobą większą potrzebę przyjmowania pokarmu, ażeby równowagę między dochodem i ubytkiem

utrzymać. Dlatego też chorzy na cukrzycę ciągle są głodni i przyjmują ogromną masę pokarmów.

Zmniejszenie kwasu węglowego w organizmie powoduje mniejszą potrzebę przyjmowania kwasorodu. Gdzie mniej kwasorodu, tam mniejsze ukwaszanie, a zatem i mniejsze wywiązywanie się ciepła. Z doświadczenia wiemy, że chorzy na cukrzycę ciągle marzną, a ciepłota ich ciała jest zawsze niższa, niż u człowieka zdrowego. Diabetyk może tylko wtenczas utrzymać się przy normalnej ciepłocie ciała, jeżeli jest w stanie wytworzyć dostateczną ilość kwasu węglowego, co tylko kosztem zwiększonego materyjału opałowego. kosztem zwiększonej ilości spożytych pokarmów zrównoważyć się może. Ta równowaga jednak na długo przydać się nie może, gdyż organizm ludzki w skutek nadmiernej pracy wyczerpać się musi i nastaje nareszcie upadek sił ogólny.

Pragnienie towarzyszące zazwyczaj cukrzycy powstaje z powodu niedokładnego spalenia się węglanów wodu, które zamiast spalać się na wodę i kwas węglowy — po największej części niespalone i niezużytkowane jako cukier z moczem się wydzielają. Powstaje więc brak wody i suchość tkanek w organizmie, która wywołuje silne pragnienie. Czem więcej glikogenu przemienia się w cukier, czem mniej się go spala na wodę i kwas węglowy, tem większe pragnienie. Jeżeli brakowi wody nie zapobieżymy przez przyjmowanie napoju od zewnątrz, to organizm pomaga sobie przez odciąganie płynów z tkanek i miąższu, stąd owa suchość tkanek i skóry, tak często napotykana u diabetyków.

Większe wydzielanie moczu stoi w prostym stosunku do pragnienia. Czem większe pragnienie, czem więcej człowiek używa napojów, tem większą wydziela ilość moczu. Czasem pragnienie nie towarzyszy cukrzycy, a to z powodu zwiększonego rozpadu istot białkowatych, przy którym woda się tworzy; lub z powodu przyjmowania większej ilości tłuszczów, które jak wiadomo spalają się zupełnie na wodę i kwas węglowy, i tym sposobem zapobiegają brakowi wody w organizmie.

Cukromocz przemijający powstać może z powodu rozmaitych przyczyn, do których należą niektóre choroby gorączkowe, rdzenia pacierzowego, niektóre otrucia, wstrząśnienia mózgu, cukromocz doświadczalny etc.; ale taki cukromocz znika najczęściej po niejakim czasie, skoro przyczyna działać przestanie; przeciwnie, jeżeli jest skłonność wrodzona u człowieka, polegająca na wadliwości organizmu, to taki cukromocz może się stać przewlekłym i wywołuje wszystkie objawy prawdziwej cukrzycy.

Dr. Kretowicz, lek. zdrojowy w Karlsbadzie.

F. K. Arnheim. **Termofeugoskop, przyrząd kieszonkowy do oznaczenia utraty ciepła przez skórę.** (Wracz, Nr. 6. 1888.)

Utrzymanie temperatury ciała ludzkiego na pewnej stałej wysokości w warunkach fizyjologicznych, zależne jest od dwóch czynników, mianowicie: od ciągłej produkcyi ciepła i ciągłej jego utraty przez skórę.

Wychodząc z założenia, że obydwa te czynniki winny być uwzględnione przy dochodzeniu przyczyny podniesienia ciepłoty w gorączce, uzasadnia autor potrzebę badania wahań, jakim ulega utrata ciepła przez skórę w różnych chorobach gorączkowych.

W celu ułatwienia tego rodzaju badań A. zaproponował swój przyrząd termoelektryczny *), używany obecnie już w wielu instytucyjach lekarskich w Rossyi i za granicą, ale niedogodny dla ogółu z powodu wygórowanej ceny. Dla użytku szerszego koła lekarzy, zbudował autor mały przyrząd t. z. „thermopheugoskop“, który ze względu na postać, wielkość i cenę (12—14 rubli) może się znaleść w ręku każdego lekarza. Przyrząd ten składa się z metalicznego termometru Immisch'a, zawartego w kauczukowym cylindrze, którego wysokość wynosi 2 ctm. zewnętrzna średnica 5 ctm., a wewnętrzna 2,5 ctm. Dolna metaliczna powierzchnia termometru (w celu silniejszego pochłaniania promieni ciepła), jest zaczerniona i odstaje od dolnej powierzchni cylindra na 3 mm.; górną szklanną powierzchnię termometru chroni szkło zwierciadłowe od zewnętrznych promieni ciepła.

Sposób użycia instrumentu jest nader łatwy. Przystawia się go do ciała, najlepiej w okolicy podobojczykowej, a jeśli można, pod środkiem obojczyka i lekko przytrzymuje się (przez okrywającą go odzież) w ciągu 20 minut. Jednocześnie mierzy się i temperaturę pod pachą lub w odbytnicy. Po odjęciu przyrządu zostaje wskazówka jeszcze przez 20 sekund nieruchomą, zanim pocznie się cofać z powodu ochłodzenia się termometru; czas ten jest dostateczny, by dokładnie zauważyć utratę ciepła wskazaną przez przyrząd. Termofeugoskop wskazuje utratę ciepła spowodowaną tak przez promieniowanie i przewodnictwo, jak i przez parowanie. Z początku skóra pod termofeugoskopem traci część swego ciepła z powodu przejścia wody w stan lotny, ale wkrótce mała przestrzeń między skórą i termometrem nasyca się parą wodną, która po ochłodzeniu się osiada na metalicznem dnie ciepłomierza, skutkiem czego oswobadza się utajone ciepło, co uwydatnia się podniesieniem ciepłoty.

A. poleca mierzenie zarazem temperatury miejsca, gdzie przystawiono termofeugoskop, radząc posługiwać się w tym celu metalicznym

*) Zeitschrift für klinische Medicin. T. V.

termometrami Immisch'a, polegającymi na zasadzie rurki Bourdon'a*) i przewyższającymi pod względem zalet o wiele termometry rtęciowe. Badając chorych za pomocą termofeugoskopu, możemy ułożyć sobie krzywiznę termometryczną (jak w zwykłej termometryi), wskazującą falowanie utraty ciepła przez skórę i porównać takową z krzywizną miejscowej ciepłoty badanej okolicy ciała, tudzież z krzywizną wahań ciepłoty pod pachą lub w kiszce odchodowej.

Aby jednak mieć prawo wyprowadzać wnioski z liczb otrzymanych tą drogą w stanach patologicznych, uznaje autor za niezbędne ustanowienie poprzednio pewnej normy zapomocą obserwacyj na ludziach zdrowych.

W podanej dla przykładu tabelce u dzieci zdrowych (między 5tym i 12ym rokiem życia), termofeugoskop wskazywał fizyjologiczne falowanie utraty ciepła między 34 i 35,2° C. przy miejscowej ciepłocie, wahającej między 35 i 36,4° C., oraz przy temperaturze pod pachą między 36,3 a 37,4° C.

Nie ulega wątpliwości, że mierzenie temperatury ciała w połączeniu z mierzeniem utraty ciepła przez skorę ułatwi w wielu razach dokładne rozpoznawanie, przepowiadanie i leczenie chorób, zwłaszcza gorączkowych. Jeżeli więc opisane przez autora fakty stwierdzone zostaną większą ilością obsewacyj, to A. bez zaprzeczenia znakomicie się przysłuży trudnej sprawie badania klinicznego.

Dr. B. Polikier.

Herard. **Kwas fluorodowy przeciw suchotom płucnym.**

Jak wiadomo przedłożył w r. 1885 Seiler akademii lekarskiej w Paryżu wyniki swych doświadczeń nad działaniem kwasu (krzemo) fluorowodowego w suchotach płucnych. Wyniki te były korzystne i mniej więcej zgodne z wynikami, które otrzymał był Garcin. Otóż komisyja kontrolująca, wybrana z łona akademii med., a złożona z Ferréol'a, Proust'a i Herard'a, przyszła na podstawie własnych doświadczeń do następujących wyników.

1. Wdychiwania kwasu fluorowodowego przywracają chorym na suchoty płucne apetyt i to już po 3—4 posiedzeniach.

2. Wygląd chorych poprawia się, wstręt do jedzenia znika, biegunka staje się mniej częstą.

3. Poty ustępują, a gorączka maleje lub znika całkowicie. Ciężar ciała wzmaga się, duszność ustaje.

4. Kaszel i plwociny stają się coraz mniejsze — chorzy sypiają

---

*) Małą, nader sprężystą, skręconą spiralnie rurkę napełnia się płynem; skoro płyn rozszerzy się od ciepła, wolny koniec rurki wykonywa ruch w linii krzywej; ruch ten zwiększa się przez układ kółek i uwydatnia za pośrednictwem wskazówki.

łepiej. Początkowe drażnienie po wdychiwaniach znika później; krwioplucie nie stanowi przeciw-wskazania.

5. W b. wielu przypadkach znikły laseczniki gruźlicze.

(Bullet. de l'acad. de méd. 1887, Nr. 47. C. f. kl. Med. Nr. 3. 1888.)

Dr. Pisek.

Mac Dowall. **Leczenie czerwonki.** (Dysenteria.)

Autor zaleca na podstawie własnego doświadczenia (w Indyjach Wsch.) następujące leczenie:

1) Choremu dorosłemu podaje się przynajmniej 1,50 wymiotnicy (R. ipecac.)

2) Godzinę przedtem podaje się choremu 20 kropel Tinct. opii (aby żołądek przysposobić), a gorczycznik na okolicę żołądka.

Najlepiej wymiotnicę podawać w postaci pigułek wieczorem, przed spaniem — nigdy rano lub w ciągu dnia. Choremu potem nie wolno wcale napojów przyjmować. Co wieczór należy leczenie to powtórzyć, a już 3-go dnia rano znika krew, śluz i bole. Zamiast kropel makowcowych można i podskórnie morfinę wstrzyknąć — można przytem i wśród dnia choremu nieco bizmutu podawać, (wymiotnicę zalecano już dawniej, lecz nie w tej formie.)

(*Le progres méd. Nr. 13. 1887*). *Dr. Pisek.*

Bernabei. **Rad. ipecacuanhae przeciw krwotokom płucnym.**

W przypadkach, w których wszelkie inne środki pozostały bezskuteczne, (lód, kwasy, ergotyn, secale, ratanhia, ferr. sesquichl., plb. acet., opium, ac. gallic., ac. tannnic, terpentyna), stosował autor ze znakomitym skutkiem co dziesięć minut po 1 grm. rad. ipecacuanhae przeciw krwotokom u suchotników.

(Nie zawodzi przypomnieć, że już dawno używali środka tego w tymże samym celu najznakomitsi lekarze: Baglivi, Frank, Graves i w. i.)

(Bull. della sez. dei cult. delle sc. med. 1887. Centralbl. f. kl. Med. Nr. 5. 1888) *Dr. Pisek.*

Chirurgija.

Prof. Rydygier. **Nowy sposób cięcia podbrzusznego (sectio alta) oraz kilka uwag o wyzyskiwaniu plastycznej właściwości otrzewny w operacyjach na pęcherzu w ogóle.**

Niebezpieczeństwo obrażenia otrzewny i naciek moczowy, stanowią jak wiadomo przeszkodę ogólnemu uznaniu cięcia podbrzusznego. Zranieniu otrzewny starano się zapobiedz przez wypełnienie pęcherza i odbytnicy, przez który to zabieg pomocniczy pęcherz zazwyczaj podnosząc się, podnosi także i załamek dolny otrzewny. Wobec tego

jednak, że w kilku przypadkach w ten sposób operowanych nastało pęknięcie pęcherza, zabieg ten pomocniczy może być niebezpiecznym.

Niebezpieczeństwu nacieku moczowego starano się zapobiedz bądź przez ułożenie chorego (na brzuch, na bok), bądź przez założenie szwu. To ostatnie jednak czasami zawodzi wskutek rozejścia się szwów: w $^1/_3$ przypadków nie udaje się rany zagoić *per primam*, w reszcie przypadków szew trzyma tylko przez kilka dni i powstają często przetoki pęcherzowe, bardzo trudno się gojące. Wskutek tego starano się wynaleść szew odpowiedniejszy. Brenner, autor najnowszej pracy „o szwie pęcherza“, poleca jako taki szew Dieffenbachowski, tak zwany „*Tabaksbeutelschnürnaht*“, i to dwuwarstwowy. Prof. Rydygier nie skłania się ku przyjęciu tego szwu, raz dla tego, że wyników doświadczalnych, osiągniętych na psach zdrowych, nie można bezwględnie przenosić na człowieka z chorobowo zmienionym pęcherzem; powtóre zaś dla tego, że wewnętrzna część tego szwu, zakładana na błonę śluzową, możę wpaść do pęcherza i stać się jądrem nowego kamienia. Niebezpieczeństwo tego szwu wyniknąć może jeszcze i z tej okoliczności, że szew taki sterczy do jamy pęcherza i przylega przez dłuższy czas do jego ściany.

Na podstawie spostrzeżeń zrobionych przy sposobności doświadczeń nad szwem jelitowym w r. 1881. wykazujących łatwe gojenie się przypadkowych zranień pęcherza, przyszedł Rydygier na myśl, czyby nie można wyzyskać właściwości zlepienia sie otrzewny przy cystotomii. W tym celu przedsiębrał R. szereg doświadczeń na psach i zachęcony temi wykonywał podług tej, przezeń wyrozumowanej metody, cięcie podbrzuszne na 13-to letnim chłopcu. Sposób operowania Rydygiera jest po krótce następujący: Chorego przysposabia się tak, jak do laparotomii; do pęcherza wprowadza się cewnik Nélatona, przestrzykuje się pęcherz ciepłym roczynem kwasu borowego lub salicylowego i miernie wypełnia przez zaciśnienie cewnika; cięcie prowadzi się w smudze białej w zwykły sposób; po wypuszczeniu płynu przez cewnik wydobywa się pęcherz na zewnątrz przez założenie pętli jedwabnej powyżej miejsca, w którem ma się kończyć cięcie pęcherza, podkłada się szczelnie gazę jodoformową pomiędzy brzegi pęcherza a brzegi jamy brzusznej nacina pęcherz cięciem 4 cm. długiem, wprowadza palec a po nim kleszcze i przepłukuje pęcherz przez cewnik powyższym roczynem, który raną pęcherza odpływać może nie dostając się do jamy brzusznej. Rydygier zaleca założenie szwu kuśnierskiego sposobem Czernego, tj. w ten sposób, że początek i koniec szwu znajduje się za początkiem i końcem rany: szew ten ma tutaj tę zaletę, że im bardziej ściany pęcherza się rozciągną, tem bardziej takowy się zacieśni.

Leczenie następowe wymaga pozostawienia cewnika *(a demeure)* przez 8—12 dni, przypilnowania drożności tegoż i kateteryzowania później chorego jeszcze przez pewien czas tj. co 2 –4 godzin po usunięciu cewnika.

Metodą Rydygiera szczególnie by się nadawać mogła do usuwania doszczętnego nowotworów pęcherza, których leczenie ograniczało się dotąd na wyskrobaniu tychże; dalej mogła by ta metoda jeszcze mieć zostosowanie przy ranach pęcherza. Użyteczność metody tej dopiero przyszłość wykaże.

Autor kończy pracę podaniem krótkiej historyi choroby swojego przypadku, w którym metoda ta dała świetny wynik, pomimo komplikacyi ze strony nerek (*nephrolithiasis.*)

(Przegląd lekarski Nr. 6 i 7. 1888.) *Dr. Baracz.*

W. Zoege-Manteuffel. **Mittheilungen aus der Dorpater chirurgischen Klinik. I. Ein Beitrag zur Technik und Casuistik der Fussresection nach Wladimirow-Mikulicz.**

M. ogłasza 3 przypadki operowane podług powyższej metody; w jednym z nich z powodu rozszerzenia sprawy chorobowej (gruźliczej) ku górze zastosowano modyfikacyję metody Władimirow-Mikulicza. Przypadek ten dotyczył 18-letniego młodzieńca z naciekiem zapalnym i przetokami tylnej części pięty i dolnej okolicy ścięgna Achillesa, z powodu grzybowatego zwyrodnienia górnego i dolnego stawu skokowogo. Cięcie poprowadzono równoległe do podewszy od kości łódkowej do zewnętrznego brzegu kości czworobocznej. Od końców tego poziomego cięcia poprowadzono 2 cięcia ukośne ku górze i ku tyłowi i połączono je cięciem poprzecznem, przebiegającem na szerokość dłoni powyżej guza kości piętowej i przecinającem ścięgno Achillesa. Staw goleniowo skokowy otwarto od tyłu, przepiłowano kość piętową *(Calcaneus)* w linii poziomej po wyłuszczeniu kości *talus i calcaneus* w stawie Choparta, przepiłowano kości podudzia 8 cm. powyżej linii stawowej, kość zaś czworoboczną i łódkową w środku tychże, i podniesiono płat piętowy ku górze. Umocowania sztyftami kości piętowej do tylnej powierzchni kości goleniowej zaniechano, ponieważ kość piętowa była rozmiękłą i musiała być wyskrobaną. Jednak powierzchnie dokładnie dały się za-adaptować; zginacze podeszwy przecięto podskornie. Części miękkie zespojono szwami węzełkowemi, założono dwa dreny i opatrunek jodoformowo-sublimatowy wzmocniony szynami z blachy żelaznej. W tydzień po operacyi usunięto dreny i szwy i założono powtórny opatrunek antyseptyczny, a na to but gipsowy. W miesiąc po operacyi mógł chory chodzić, tylko w chodzeniu przeszkadzała mu przoz pewien czas bolesność stawu przedskokowo palcowego i ograniczona odleżyna poniżej palca wielkiego. W 1 1/2 mie-

siąca od czasu operacyi chory zupełnie wyleczony opuścił klinikę z butem jak po operacyi Pirogowa. Skrócenia odnogi nie było żadnego.

Drugie dwie operacyją były typowemi, wykonał je prof. Wahl, w jednym przypadku z powodu gruźlicy stawu skokowego, w drugim z powodu melanosarcoma. W tym ostatnim przypadku wystąpił dwukrotnie nawrót choroby (recydywa), jeden raz na podudziu tejże samej kończyny, później w ranie operacyjnej. Po wycięciu guza na podudziu i wyskrobaniu guza przerzutowego w ranie, nastąpiło trwałe wyleczenie.

Dołączywszy do statystyki tej operacyi, ogłoszonej przez Metwejewa w Nrze 41 Wracza z r. 1886, przypadki przez siebie ogłoszone i przypadki Fengera i Helfericha, naliczył autor 33 przypadki podług tej metody operowane.

Z tych przypada: 25 przypadków na sprawy gruźlicze, 3 przypadki na nowotwory, 3 przypadki na urazowe zniszczenia pięty i 2 przypadki na sprawy wrzodziejące przyrody nie gruźliczej.

(*St. Petersburger med. Wochenschrift 1888, Nr. 2.*)

Dr. Barącz.

HEITZMANN. **Notatki terapeutyczne o czyraku (Furunculus).**

H. w Nowym-Yorku leczy poronnie czyraki zapomocą przykładania plastru następującego:

Rp. Acid salicylici 7,50
Empl. saponat 60,0
Empl. diachyl. 30,0

M. f. emplastrum. S. Plaster.

Jorisienne w tymże samym celu stosuje 10% maść z Merc. praecip. rubr.; większe czyraki usuwa zapomocą wstrzykiwań 2% karbolowego kwasu.

Verneuil (Union médicale Nr. 7. 1888) przedstawił na posiedzeniu akademii „Académie de médicine“ 17. I. b. r. następujące wyniki swej pracy o leczeniu czyraka i wąglika (furunculus et anthrax) zapomocą karbolowych rozpylań:

1) Czyrak i wąglik są tylko stopniami jednej i tej samej choroby zakaźnej i podlegają tym samym zasadom leczniczym.

2. Zabiegi lecznicze zasadzają się na środkach chirurgicznych i na środkach miejscowo stosowanych. Dawniej odgrywały chirurgiczne zabiegi najważniejszą rolę, podczas gdy leczenie miejscowe stosowano tylko w przypadkach lekkich, w ogóle jako leczenie pomocnicze, drugorzędne.

3. Dziś należy przyjąć zasadę odwrotną: interwencyja operacyjna staje się coraz rzadziej konieczną i będzie zachowaną tylko dla przypadków całkiem wyjątkowych. Przeciwnie, środki antyseptyczne

miejscowo stosowane, pomiędzy którymi na pierwszem miejscu postawić trzeba rozczyny karbolowe i borowe, stosowane w pewien szczegółowy sposób, a mianowicie w postaci rozpylań długotrwałych i często powtarzanych okazują znakomitą skuteczność, będąc przytem środkami b. łagodnymi i łatwo zastosować się dającymi.

4. Rozpylania sprowadzają, z małymi wyjątkami, szybkie zanikanie czyraków i małych wąglików, wstrzymują rozwój choroby w przypadkach najgroźniejszych, szybko zazwyczaj usuwają bole, gorączkę i objawy ogólne, przyspieszają ich zniknięcie i wpływają korzystnie na utworzenie się pięknej warstwy ziarniny (de bourgeons charnus.)

5. Rozpylania te dadzą się zastosować we wszystkich okolicach ciała, we wszystkich postaciach i okresach choroby, nigdy nie są szkodliwemi, i same sprowadzają wyleczenie w znacznej większości przypadków. Przyczyniły by sie one zresztą znakomicie do pomyślnych skutków zabiegów chirurgicznych w tych przypadkach, w którychby te zabiegi były konieczne.

W końcu przeszkadzają one auto infekcyi i zapobiegają objawom zakażenia ogólnego. *Dr. Pisek.*

Senger (Berlin). **Poszukiwania nad prątkami rakowymi Scheurlena.**

Okoliczności, przemawiające za zakaźliwością raka, które niektórzy podnoszą, jak np., że Bergman widział u jednego chorego, raka rozwijającego się na wardze górnej na miejscu odpowiadającem rakowi wargi dolnej; że Israel widział przy istniejącym raku języka rakowe przerzuty w dalszych częściach przewodu pokarmowego; że w drodze przetoki rakowej występują rakowate wybujałości w przebiegu np. raka otrzewny, że niekiedy po oparzeniu, przetokach zębowych lub kości rozwijają się nowotwory złośliwe; że niektórzy upatrują w szerzeniu się raka drogą naczyń limfatycznych pewne podobieństwo do zapalenia tkanki podskórnej (phlegmone); że zdarzają się wprawdzie rzadko), przypadki raka prosówkowatego (carcinomatosis miliaris) — nie przemawiają wcale zdaniem S. za cechą jego zakaźną, bo albo mógł się rak rozwinąć w kierunku zmniejszonego oporu (po nakłuciu), albo byłby się był może rozwinął i bez poprzedniego zapalenia tkanki (oparzenie, spalenie). Głównym zarzutem, który Senger czyni Scheurlenowi jest ten, że nieznamy dotychczas (mimo już bardzo pokaźnej cyfry prątków i koków) ani jednego, któryby w tkance jakiejś wywoływał bujanie atypowej tkanki, chyba, że się przyjmie w duchu nowoczesnych zapatrywań, że prątek wchodzi w pewien nieznany nam dziś związek z komórką i to tylko przybłonkową, z jej jądrem lub częściami jądra, i pobudza je do dzielenia nieskończonego i wytwarzania w ten sposób raka.

Przypadek wrzekomego udania się przeszczepienia tkanki rakowatej u psa (Langenbeck), nie może uchodzić za zupełnie pewny, bo pochodzi z czasów, kiedy w anatomii patalogicznéj nie były jeszcze ustalone pojęcia o raku, a pracowali dopiero nad nim Virchow Henle, Müller, Remak i t. d. Raki sprawdzone przez prof. Weigerta a przez S. przeszczepione na myszy, króliki, psy, nigdy się nie rozwinęły; zachowują się one w obcym ustroju tak, jak inne obce ciała, i nie rozwinęły sie nawet u tych zwierząt, które się znajdowały w jak najgorszych warunkach zdrowotnych. Zarodniki, które Scheuerleu widział, mają zdaniem S. być tylko kuleczkami tłuszczu; przez kłócenie raka z eterem i chloroformem, owe domniemane zarodniki prątków Scheurlena znikały. Badania własne zmuszają Sengera do wypowiedzenia zdania, że nie można, jak dotychczas rzeczy w bakteryjologii stoją, wcale otrzymać swoistego prątka raka, i że na dziesięć przypadków czystego raka nie mógł ani raz prątka Scheurlena otrzymać.

(*Berliner klin. Wochenschrift 1888 Nr. 10.*) *K*

Reclus. **Leczenie urazowych przedziurawień żołądka i jelit.**

Na podstawie dat statystycznych i doświadczeń wykonanych wspólnie z Noguésem przychodzi autor do następujących wniosków.

W obec podejrzenia na ranę przedziurawiającą górną część przewodu pokarmowego, należy przedewszystkiem w pierwszej chwili unieruchomić przewód pokarmowy, ażeby przeszkodzić dostaniu się treści tegoż do jamy otrzewnowej. W tym celu należy ucisnąć brzuch opaską, wzbronić przyjmowanie pokarmów i napojów, podać makowiec lub wstrzyknąć podskórnie morfin. Jeżeli mimo tego sposobu leczenia wystąpią zwiastuny zapalenia otrzewny, należy wykonać laparotomiję celem zeszycia ran jelitowych i wykonania tualety jamy brzusznej. Wobec zapalenia otrzewny należy tylko wtedy przystępywać do laparotomii, jeżeli ustrój chorego okazuje jeszcze dostateczną odporność.

(*Semaine méd. 1887. Nr. 46. p. 470 i nast.*) *Dr. Baracz.*

Choroby weneryczne i skórne.

Dr. Max Zeissl. **Der gegenwärtige Stand der Syphilis-therapie.**

Pod tym tytułem wyszła rozprawka w „*Klinische Zeit und Streitfragen*“ zeszyt 5 z b. roku. W rozprawie tej stara się autor na podstawie własnych doświadczeń i innych autorów, jako to Bärensprunga, Didaya, H. Zeissla i Sigmunda, podać najodpowiedniejszy sposób leczenia kiły wiadomymi środkami t. j. rtęcią i jodem.

Przedewszystkiem rozbiera autor dwa pytania, a mianowicie:

1) Czy należy leczyć kiłę ogólnie, gdy tylko jest pierwotny objaw tejże?

2) Jak długo należy w ogóle leczyć kiłę?

Co do pierwszego stawia dalsze pytania:

a) Czy można zapobiedz ogólnemu zakażeniu kiłowemu przez kauteryzacyję lub przez wycięcie pierwotnego objawu kiłowego?

b) Czy można zapobiedz ogólnemu zakażeniu przez wczesne lekowanie ogólne przeciwkiłowe? Jeżli nie można, to przynajmniej — czy wczesnem leczeniem niezdoła się osłabić kiłę, a tem samem zapobiedz następowym zmianom ciężkim? (Praeventiv allgemein-behandlung).

Co do punktu *a*) wykazuje autor na podstawie własnych i cudzych doświadczeń, że ani cauteria ani excisiones nie zdołały zapobiedz następowym objawom kiły.

Co do punktu *b*) wylicza Zeissl poczet autorów, z których jedni są za, drudzy przeciw lekowaniu wczesnemu; wspomina dalej, że tacy syfilidologowie, jak Sigmund H. Zeissl i Hebra, którzy początkowo byli za wczesnem leczeniem, — później takowe zupełnie zaniechali. Do nich więc zalicza się i Max Zeissl na podstawie swoich własnych doświadczeń. Doświadczenia Kaposiego, Neumanna, Köbnera, Doutrelepont, Didaya i innych stwierdzają dosadnie, że wczesne leczenie, zastosowane zaraz po ukazaniu się pierwotnego objawu kiłowego, nietylko — że niezapobiegło i nie złagodziło następowych objawów kiłowych, lecz przeciwnie, często przyspieszyło wystąpienie tychże i to w formie ciężkiej.

Następnie przechodzi Z. do drugiego pytania, tj. jak długo należy w ogóle leczyć kiłę? Pytanie to rozbiera szczegółowo, a mianowicie: *a*) czy należy leczyć tylko wtedy, jak są objawy chorobowe, *b*) czy też i po zniknięciu tychże należy leczenie dalej jeszcze prowadzić?

W tej kwestyi są również zdania podzielone. Fournier, będąc zapatrywania, że niedługotrwałe leczenie jest niedostateczne i często prowadzi do ciężkich trzeciorzędnych zmian — przemawia za długotrwałem leczeniem z pewnymi przerwami i obstaje przy tem, że leczenie powinno trwać co najmniej 3—4 lat. Martineau zaś żąda 5 lat. Za tego rodzaju leczeniem przemawia i Neisser, i to bez względu na to, czy są jakie objawy chorobowe nawrotne (redycywy) czy nie. Również Kaposi i Finger są za przewlekłem leczeniem kiły, z tą jednak różnicą, że podają leki (Finger np. podaje Jod) tylko wtedy, gdy są widoczne objawy recydywy kiły. Do przeciwników długo trwającego leczenia zaliczają się, Caspary, Diday, Rumf, Nuna, Sigmund, H. Zeissl, Hölder, Max Zeissl i wielu innych. Sigmund i Kaposi najwyraźniej przestrzegają — aby nie podawać leków, skoro niema żadnych objawów. Caspary sprzeciwia się stanowczo poglądom Fourniera i Neissera, u-

znając ostrożne używanie Hg. przy istniejących objawach kiłowych za potrzebne i pomocne — zaś długotrwałe używanie Hg., a do tego w przypadkach, gdzie nie ma widocznych objawów — jako wprost szkodliwe i zgubne; podaje dalej z własnego doświadczenia wyniki, że przy tego rodzaju leczeniu obserwował ciężkie recydywy i groźne objawy mózgowe. (Podobne poglądy wyłuszczył Caspary w swoim wykładzie na 59-tem zebraniu w sekcyi dla Dermatologii i Syphilis we wrześniu z. r. nawodząc sto przypadków kiłowych, leczonych i obserwowanych.)

Podobnie więc jak Caspary, Zeissl, wykazują i inni dostatecznie, że długo trwające leczenie Hg. nie jest dla organizmu obojętne, a tem bardziej, jeżli organizm jest schorzały.

Po tych wywodach, podaje autor sposób leczenia, który w niczem się nie różni od sposobu leczenia ojca jego.

Pierwotny objaw kiłowy, gdy niema jeszcze żadnych objawów następowych — leczyć należy tylko miejscowo. Wystąpią objawy drugorzędne, podaje autor jod i leczy zmiany miejscowe. Gdy zmiany te w przeciągu ośmiu tygodni nie ustępują, lub gdy wystąpią objawy ze strony mózgu lub trzewów, natenczas podaje rtęć, (inunkcyje, Dct. Zittmanni, lub podskórnie Calomel.)

Po zniknięciu objawów, doradza autor przez 6—12 miesięcy podawać jod. W razie wystąpienia ponownej recydywy, poleca podawać dalej jod, gdy zaś mimo to objawy nie znikają, natenczas radzi przystąpić do leczenia rtęcią.

Po zniknięciu zupełnem objawów chorobowych — doradza Z., ażeby chory wyjechał jeszcze do kąpiel zawierających jod, jeżli warunki jego po temu — lub, gdy wyjechać nie może, — aby pił w domu jeszcze przez pewien przeciąg czasu wodę jodową.

Dr. L. Kossak.

Dr. O. Rosenthal w Berlinie. **O leczeniu chorób skórnych za pomocą zabiegów mechanicznych.**

Na 59tem zabraniu przyrodników w Berlinie, w sekcyi dla dermatologii i syphilidologii, miał Dr. Rosenthal wykład o leczeniu niektórych chorób skórnych za pomocą zabiegów mechanicznych, jako to: skaryfikacyj, mięsienia (massage), prądu galwanicznego, elektrolizy i galwanokaustyki.

Choroby skórne nadające się do tego rodzaju leczenia są podług R. następujące: Acne rosacea, A. vulgaris, Elephanthiasis arabum, Trichiasis, Hypertrichosis, Angiomata.

Co do skaryfikacyj — te datują się od Dubini'ego w Medyolanie i od Volkmana, który przy tego rodzaju rękoczynach używał krótkiego, kończystego brzeszczota.

Później B e s n i e r E r n e s t, jeden z pierwszych dermatologów francuzkich, utorował drogę do rozleglejszego zastosowania tego rodzaju leczenia, które jako odpowiednie i właściwe, dało powód do ulepszenia potrzebnych ku temu narzędzi, i do wyrobienia i przyswojenia należytej techniki operacyjnej.

Sporządzano więc rozmaite narzędzia a między innymi: Scarificator multiple używany przez B a l m a n o S q u i r e, Cutipunctor przez S t e r w e l l a, Dermatom przez S c h o e m a k e r a. Lupotom przez P i c k a i wiele innych. (Powszechnie wiadomo, że wszelkie narzędzia skomplikowane często są nieużyteczne, a pojedynczy nożyk (bistouri) okazał się już niejednokrotnie najlepszym. Przyp. sprawozd.)

We wykładzie swym — zajął się Rosenthal głównie mięsieniem, który to rodzaj leczenia i Hebra przy leczeniu Elephanthiasis Arabum stosować poleca. Jako najbardziej nadającą się chorobę do leczenia skaryfikacyjami i równoczesnem mięsieniem, podaje R. Acne rosacea; przy tego rodzaju leczeniu bowiem, przekrwienie ustaje z powodu wydostania się krwi z naciętych naczyń — wszelki obrzęk i przekrwienie zmniejsza się, naczynia krwionośne zanikają, a w ich miejscu wytwarza się tkanka łączna.

Przy Acne vulgaris, Sycosis, a zwłaszcza przy tej ostatniej, prócz epilacyi – wskazane są nacięcia i równoczesne mięsienie.

Prądu galwanicznego stosowano z dobrym skutkiem w 150 przypadkach Elephantiasis Arabum. Przeciw Hypertrichosis i Trichiasis stosowano elektrolizę, również przy Acne rosacea, Angioma i Lupus vulgaris. Przeciw tej ostatniej chorobie stosował Hebra Galvanokauter — inni Termokauter Paquelina. — (*Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis 1887.*)

Dr. Kossak.

KRONIKA.

Szanownych naszych P. T. odbiorców upraszamy o łaskawe wyrównanie należytości zaległych za półrocze ubiegłe, jakotéż o nadsyłanie należytości za półrocze bieżące.

Życzenia objawionego ze strony wielu naszych P. T. odbiorców, ażeby zeszyty „Wiadomości lekarskich“ były zeszywane, nie mogliśmy na razie uwzględnić; obecnie od zeszytu z marca b. r. mogli nasi czytelnicy zauważyć, że zeszyty są spinane dwukrotnie drucikami, albowiem introligator nasz, P. Kostiuk, sprowadził maszynę do zeszywania drucikiem i odtąd będą „Wiad. lek.“ zeszywane, co jednak nie będzie zupełnie stanowić przeszkody przy oprawianiu całego rocznika.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich odbyło d. 27 lutego b. r. walne doroczne zgromadzenie, na którem Rada zawiadowcza przedłożyła sprawozdanie za rok 1887. Ze sprawozdania tego wynika, że z końcem roku 1887

liczyło Towarzystwo 326 członków czynnych t. j. o 6 członków mniej, jak z końcem r. 1886, pomimo że w ciągu roku 1887 przybyło 22 nowych członków czynnych, 8 bowiem członków zmarło, 3 członków z grona czynnych zostało członkami honorowymi, 1 wystąpił dobrowolnie, 3 przeszło do grona członków korespondentów, a 13tu (wyraźnie trzynastu) zmuszoną była Rada zawiadowcza wykreślić z powodu niepłacenia wkładek. Z umysłu zaznaczyć musieliśmy, że tak znaczną ilość członków musiano wykreślić z powodu niepłacenia wkładek. Czyżby już tak źle u nas być miało, żeby lekarze nie mogli opłacać wkładek rocznych?! Tego nie przypuszczamy jeszcze, choć bowiem czasy są obecnie ciężkie i dla lekarzy, to przecież jeszcze, choćby nawet z jakiem takiem wysileniem, sądzimy, że po największej części możliwem jest opłacenie wkładek, stosunkowo znowu nie tak wielkich, z których pewna część idzie do funduszu wdów i sierót po lekarzach, których los nie powinien nam być obojętnym. A więc niepłacenie wkładek jest chyba wynikiem opieszałości, co w tym razie szczególniej podnieść musimy z wyrazem ubolewania.

Jeszcze jeden powód przychodzi nam na myśl, że może niepłacenie wkładek wypływa ztąd, że niektórzy nie godzą się z obecnym stanem rzeczy i chcieliby, aby było inaczej, aby było lepiej. W takim razie jednak powinniby raczej wystąpić z wnioskami, aby stan obecny zmienić na lepsze, ale nie usuwać się i ściągać na siebie ciężki zarzut opieszałości, obojętności, niesolidarności i t. p., i nie uszczuplać i tak nie bardzo zasobnego funduszu, z którego w r. 1887 podług sprawozdania udzielono 14 jednorazowych zapomóg (od 25 do 60 zł.) w sumie 630 zł., 8 pensyj rocznych wdowom (od 60 do 150 zł.) w sumie 910 zł., i 3 pensyje roczne sierotom (od 60 do 120 zł.) w sumie 300 zł., razem 1924 zł. Wszyscy czujemy zapewne, że pensyj jest mało a wdów i sierót wiele, że pensyje są stosunkowo b. niewielkie w porównaniu z potrzebą; dla czego jednak nie staraliśmy się i nie staramy, aby fundusze były większe. Jeżeli będziemy występować z towarzystwa dobrowolnie, albo ociągając się z opłacaniem wkładek pozwalać się wykreślać z towarzystwa, to fundusze będą jeszcze mniejsze, i co za tem idzie, nawet tyle i takich zapomóg i pensyj nie będzie można udzielać wdowom, sierotom lub podupadłym kolegom. Rok miniony i tak należy do bardzo szczęśliwych dla funduszów towarzystwa. Z okazyi jubileuszu protomedyka Dra Biesiadeckiego złożyli lekarze, weterynarze i aptekarze Jubilatowi do rozporządzenia kwotę przeszło 6.000 zł., — którą Jubilat oddał do funduszu żelaznego towarzystwa, a nadto zmarły Dr. Piotr Krzeczunowicz, zapisał testamentem także na fundusz żelazny towarzystwa 4.000 zł., co czyni przeszło 10.000 zł. przybytku do funduszu żelaznego towarzystwa. Także i Dr. Franciszek Niedźwiecki, zmarły lekarz pow. w Samborze, zapisał cały swój majątek na rzecz towarzystwa, lecz jeszcze nie można oznaczyć wysokości spadku, gdyż sprawa nie jest jeszcze ostatecznie załatwioną. Również nie została jeszcze sprawa fundacyi Bonifacego i Magdaleny Stillerów (majątek Morszyn) ostatecznie rozwikłaną, lecz zbliża się do pomyślnego załatwienia na korzyść funduszu dla wdów i sierót po lekarzach. Pomyślniejszy nieco stan funduszów pozwolił na uchwałę, ażeby kilka wdów pobierających po 60 zł., pobierało odtąd po 120 zł. rocznie. Pomijając dalsze szczegóły sprawozdania podnieść musimy wniosek sekcyi sokalskiej Tow. lek. gal., który postawił delegat pomienionej sekcyi Dr. J. Jabłoński z Cieszanowa. Wniosek ten wyraża myśl godną wszelkiego możliwego poparcia ze strony lekarzy, a wychodzi

z założenia, że ciała ustawodawcze jak Sejm i Rada państwa, powinny mieć w swem gronie zastępców wszystkich warstw społecznych, aby interesa warstw wszystkich zastępowac i popierać, a w razie potrzeby, aby interesów wszystkich warstw skutecznie bronić można. My lekarze tymczasem nie mamy tylu zastępców ile potrzeba ani w Sejmie, ani w Radzie Państwa, to téż o naszych interesach i o nas, radzą bez nas, a jak taki stan i nadal pozostanie, to i w przyszłości będą radzić o nas ale bez nas, a względnie bez naszych rzeczników.

I pod tym względem ogarnęła nas apatyja. opieszałość etc. — i czas abyśmy się ocknęli, apatyję etc. odrzucili i przy wyborach przyszłych starali się wpływać na wybory tak do Sejmu jak i do Rady Państwa w ten sposób, ażeby przecież na przyszłość więcej lekarzy w ciałach ustawodawczych zasiadło i nasze interesa i sprawy (izby lekarskie, organizacyja służby zdrowia po gminach, podwyższenie taks sądowo-lek. i t. p.) należycie zastępowało i popierało. Dr. J. Jabłoński wnosi więc, aby Rada zawiad. Tow. lek. gal. nad wnioskiem się zastanowiła, a może i zjazd lekarski tegoroczny także do urzeczywistnienia życzenia sekcyi sokalskiéj się będzie mógł przyczynić. — Pod koniec walnego zgromadzenia przystąpiono do wyborów niektórych członków Rady zawiadowczéj, po dokonaniu których skład Rady zawiadowczej jest następujący.

Prezes: Dr. A. Biesiadecki. Zast. prezesa: Dr. A. Czyżewicz. Sekretarz jeneralny: Dr. J. Merunowicz. Skarbnik jeneralny: A. Littich. Podsekretarz: Dr. Ż. Krówczyński Podskarbi: Dr. K Smutny. Członkowie: Dr. W. Bylicki i Dr. G. Ziembicki (syn). Delegaci Tow. lek. krak.: Dr. Ż. Krówczyński i Dr. Z. Rieger.

(W sprawozdaniu niniejszem podnieśliśmy jako powód niepłacenia wkładek, że może niezadowolnienie z obecnego stanu rzeczy jest przyczyną, niezadowolnienie nie z czynności i gospodarstwa towarzystwa, ale że towarzystwo nie może np. większych i więcej pensyj i wsparć udzielać i t. p. Może być że nastaje czas, w którym towarzystwo musi pomyśleć o rozszerzeniu swej działalności i pomnożeniu funduszów tak, aby mogło potrzebie i wymogom uczynić zadość. Jako „signum temporis“ pod tym względem przypominamy wniosek postawiony, na walnem zebraniu Tow. wzajemnej pomocy oficyjalistów prywatnych, w myśl którego ma być nawet statut Tow. wzaj. pomocy oficyjalistów prywatnych zmieniony tak, ażeby i lekarze mogli jako członkowie do pomienionego towarzystwa przystępować, o co lekarze chcący przystąpić do tego tow. musieli prosić). Przyp. Red.

Komisyja przemysłowa Tow. lek. gal. Na posiedzeniu Gremijum aptekarzy Galicyi wschodniéj, odbytém d. 28 Stycznia b r., postawił członek gremijum p. mag. farm. H. Blumenfeld po umotywowaniu wniosek, ażeby gremijum aptekarskie udało się z przedstawieniem do Tow. lek. gal. o utworzenie odrębnéj komisyi przemysłowéj dla Lwowa przy Tow. lek. gal. na wzór takiéjże komisyi przy Tow. lek. krak. już istniejącéj, któraby równie skutecznie jak krakowska. popierała przemysł lekarski i aptekarski w Galicyi wschodniéj. W komisyi téj powinni podług wniosku i aptekarze mieć swoich przedstawicieli jako rzeczników i rzeczoznawców. Wniosek ten wywołał ożywioną dyskusyję, w której brali udział pp. aptekarze Geilhofer Krzyżanowski i Rucker, i został przyjęty z poprawką p. Ruckera, mianowicie, aby załatwienie sprawy wnioskiem poruszonej pozostawić zarządowi gremijalnemu z dodatkiem komisyi z dwóch członków *ad hoc* wybranej tj. pp Blumenfelda i Krzyżanowskiego.

Żałując, że w protokole z posiedzenia wyżej powołanego nie ma przytoczonych motywów, musimy przecież podnieść z naszéj strony doniosłość wniosku. Że w ogóle komisyja dla oceniania wyrobów i przetworów krajowego przemysłu lekarskiego i aptekarskiego byłaby i u nas we Lwowie pożądaną, nie podlega wątpliwości.

Faktem bowiem jest, że czy to wskutek codziennego ogłaszania we wszystkich czasopismach różnych najszumniej zachwalanych specyfików i środków uniwersalnych, czy téż wskutek polecania i przepisywania nawet niestety i przez lekarzy, niektórych wyrobów przemysłu aptekarskiego zagranicznego, grasuje żądza polowania za środkami polecanemi bądź przeciw niektórym tylko, bądź też przeciw wszystkim chorobom Ponieważ żądzy téj oprzeć się już trudno, przeto kraj nasz wyrobami zagranicznymi przemysłu zwłaszcza aptekarskiego, zostaje formalnie zasypywany, a przecież przetwory te i wyroby ani co do ich składu, ani co do wartości ich rzeczywistej, ani nawet co do ich czystości nie są nam zwykle znane i usuwają się ze względu na zmyślony częstokroć skład ich chemiczny, (jaki według ustawy powinien być przedłożony), z pod wszelkiej kontroli. Przy sprzedaży tych wyrobów mają nasi krajowi aptekarze zwykle tylko małą korzyść za pośredniczenie w sprzedaży takowych. Aby osiągnąć większe korzyści, rzucili się i nasi aptekarze na pole przemysłu wyrabiania przetworów i wyrobów na podobieństwo zagranicznych. i wyrabiają wiele nawet o wiele lepszych i tańszych środków, jak wspomniane z zagranicy do nas importowane. Powinnaby zatem istnieć u nas jakaś instytucyja, któraby zajęła się zbadaniem wyrobów aptekarskich złożonych, podawanych na sprzedaż, co do ich rzeczywistego składu i wartości, i któraby zarazem ów dosyć młody jeszcze i na słabych podstawach spoczywający przemysł krajowy skutecznie popierała. Takie piękne zadanie, zdaje się nam, obrała sobie komisyja przemysłowa przy Tow. lek. krak., i takie samo przypadłoby w udziale komisyi przemysł. przy Tow. lek. galic. lub przy największej sekcyi tegoż Tow., to jest lwowskiej. — Wnioskowi więc zmierzającemu do utworzenia takiej komisyi i u nas, możemy tylko przyklasnąć, umożliwi bowiem korzystanie z tej instytucyi szerszym kołom aptekarzy, których dotychczas bądź znaczniejsze koszta i strata czasu, połączone z podróżą do Krakowa i przewozem towaru, bądź nieznajomość stosunkow i t. p. od wysyłania wyrobów tutejszych i z Galicyi wschodniej do Krakowa powstrzymywały. Często także i z tego powodu nie posyłano wyrobów tutejszych do Krakowa, że wieln aptekarzy wyrabia np. jedne i te same albo bardze podobne przetwory (jak np. wina i wody lecznicze i t. p), a więc, jeżeli takie wyroby innych aptekarzy już były w Krakowie oceniane i polecone, obawiali się narażenia się na odpowiedź odmowną, chociaż o ile nam wiadomo, nic podobnego dotąd nie zaszło.

Podobnymi zasadami kierując się, powinnoby Towarzystwo lek. gal. wniosek gremijum aptek. Gal. wsch. przyjąć przychylnie i utworzyć komisyję przemysłową, do czego i sekcyja lwowska przyczynićby się powinna. Zarzut, że u nas nie ma fakultetu lekarskiego, że tedy może nie ma odpowiednich rzeczoznawców, odpada, mamy bowiem chemików, mamy szkołę farmaceutyczną, mamy szkołę weterynaryjną, gdzie wykładają także farmakologiję, farmakognozyję etc., mamy lekarzy specyjalistów wszelkich gałęzi, a więc znawców nam nie braknie.

Z Drukarni Ludowej we Lwowie, pod zarządem Stanisława Baylego.